NR. 13. LWÓW, DNIA 1. LIPCA 1904. ROK II.

GŁOS LEKARZY

Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny

SUBWENCYONOWANY PRZEZ GALICYJSKIE IZBY LEKARSKIE I PRZEZ TOWARZYSTWO „SAMOPOMOCY LEKARZY“

Wychodzi 1-go i 15-go każdego miesiąca.

Redaguje Komitet. Redaktor naczelny: Dr. Szczepan Mikołajski.

Adres w sprawach redakcyjnych i administracyjnych: Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ul. Śniadeckich l. 6. — W sprawach inseratowych adres: Mgr. Julian Hausberg, Lwów, pl. Strzelecki, 2, I. piętro.

Prenumerata roczna wynosi 6 kor., w Rosyi 3 ruble, w Niemczech 6 marek. Wszelkie przesyłki pieniężne adresować należy: Dr. Jakób Moszkowicz, Lwów, ul. Akademicka, l. 14. — Konto czekowe pocztowej kasy oszczędności Nr. 839.786.

W jedności siła!

Czas odnowić przedpłatę i wyrównać zaległość!

ODEZWA
TOWARZYSTWA SAMOPOMOCY LEKARZY
do wszystkich kolegów.

Od wielu lat wytworzyła się w naszem społeczeństwie niewłaściwa moda płacenia honoraryów lekarskich w sposób, niepraktykowany w żadnym innym zawodzie, a nawet w innych krajach wobec lekarzy już dawno zaniechany. Z małymi bardzo wyjątkami pacyent, płacący za poradę, stara się wręczyć honoraryum niepostrzeżenie, zostawiając je ukradkiem, lub wsuwając nieznacznie w rękę przy pożegnaniu, jak gdyby uiszczenie go było czemś ubliżającem, lub rodzajem napiwku, a nie zapłatą, należącą się słusznie za pracę, zarobioną uczciwie.

Takie płacenie honoraryum w „sekrecie“ ubliża w wysokim stopniu powadze lekarza, a nadto daje nieraz niesumiennemu pacyentowi sposobność do wyzysku.

Wobec tego, na żądanie bardzo wielu lekarzy, Wydział Towarzystwa Samopomocy zwraca się do ogółu Kolegów z usilną prośbą, **aby pobieraniu w ten sposób honoraryów z całą stanowczością przeciwdziałali.**

Zalecając umieszczenie odezwy tej na widocznem miejscu w poczekalniach lekarzy, dołączamy w tym celu drugi egzemplarz na osobnej karcie.

Z Wydziału Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

Generalny sekretarz: *Dr. Langie.*

Prezes: *Dr. H. Jordan.*

§. 43 e) Ordynacyi dla lekarzy.

Z powodu nawału innych ważnych spraw bieżących musieliśmy odroczyć bliższe omówienie dyscyplinarnych przepisów w projekcie ordynacyi dla lekarzy. Wypada nam więc powrócić do tego przedmiotu i wypowiedzieć parę uwag krytycznych.

Lekarze galicyjscy dość obojętnie zachowują się co do projektu, uchwalonego większością głosów na ostatnim Wiecu Izb lekarskich. Jakkolwiek jeszcze w przeszłym roku nawiązaliśmy dyskusyę w sprawie drakońskich przepisów ordynacyi, która Izbom lekarskim nadaje moc odbierania lekarzowi prawa do wykonywania praktyki lekarskiej, paru zaledwie kolegów nadesłało umotywowane zdanie a na zapytanie redakcyi, czy Koledzy, przynależni do Izby krakowskiej, która za tym projektem drakońskim się oświadczyła, życzą sobie przeprowadzenia plebiscytu za pośrednictwem naszego pisma, tylko 14 Kolegów plebiscytu zażądało, wobec czego daliśmy pokój dalszym w tym kierunku zabiegom. Zdaje się, że ogół lekarzy wprost nie wierzy w możliwość uzyskania sankcyi ustawowej dla projektu ordynacyi w obecnej jego postaci i dla tego wszelką dyskusyę uznaje za bezprzedmiotową. Wyznam otwarcie, że i ja podzielam zdanie co do niemożliwości, by taka ustawa weszła w życie, lecz mimo to nie uważam za obojętne, czy co do szczegółów ordynacyi uda się doprowadzić do zgodności poglądów w kołach lekarskich.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że cały Rozdział IV ordynacyi, mieszczący i ten rozgłośny § 43 e), z powodu nieporozumień między lekarzami i Izbami lekarskiemi opóźnia dalszą akcyę co do ustawodawczego lub administracyjnego unormowania w sposób zgodny z interesami społeczeństwa i stanu lekarskiego tak ważnych zagadnień, jak zniesienie przymusu leczenia, obowiązkowy rok praktyki szpitalnej, stosunek lekarzy rządowych i wojskowych do Izb lekarskich, sprawa tajemnicy lekarskiej, taryfa lekarska itd. Dotychczas jeszcze Izby nie wniosły do rządu projektu ordynacyi, uchwalonego przed rokiem, zmarnowano więc cały rok czasu, A gdy projekt ukaże się w ministerstwie i w Radzie państwa wraz z *votum* mniejszości, ta kontrowersya nie będzie dla projektu pożyteczną a praca kilkoletnia Izb lekarskich pójdzie na marne! Stanie się to głównie dla tego, że sztucznie połączono w ordynacyi dwie rzeczy, zgoła odrębne, to jest właściwą ordynacyę dla lekarzy i sprawę reorganizacyi Izb lekarskich i rozszerzenia ich kompetencyi dyscyplinarnej.

Już i dawniej nasuwały się Izbom na Wiecach wątpliwości, czy te dwie sprawy należy połączyć i były pod tym względem zdania podzielone, większość jednak zadecydowała, że lepiej w projekcie objąć całość zagadnień, odnoszących się do lekarzy i do Izb lekarskich, niż oddzielnie każdy z tych przedmiotów traktować.

Zdaje mi się jednak, że obecnie lepiej byłoby cofnąć się trochę wstecz i przyjąć tylko pierwsze 3 rozdziały ordynacyi, co do których Izby lekarskie jednogłośnie się zgodziły, przez stosowne poprawki stylistyczne te 3 rozdziały zaokrąglić i zamknąć, jako odrębną całość a rozdział 4ty i 5ty pozostawić jeszcze do dalszej dyskusyi. Posunąłbym się jeszcze dalej i gdyby moje zdanie mogło wpłynąć na tok akcyi, radziłbym ponowne rozpatrzenie i pierwszych trzech rozdziałów ordynacyi, w których wykazałem rozliczne niekonsekwencye i usterki. (Patrz N 2, 3, 4, 5, 6, 7 i 8 „Głosu lekarzy“ z b. r.). Chociażby zresztą nawet w obecnem brzmieniu wniesiono projekt ordynacyi dla lekarzy, składa-

jący się z 3 pierwszych rozdziałów, byłoby to krokiem bardzo ważnym, gdyż spowodowałoby rząd do należytego rozpatrzenia się w najpilniejszych postulatach lekarzy.

Co do § 43 e), to projekt pozbawiania lekarza prawa do wykonywania praktyki uważam za zbyteczny i niewykonalny a w razie wykonalności za szkodliwy. Jest to pomysł antisemitów wiedeńskich, zrodził się na gruncie zaciekłych walk partyjnych między lekarzami. Wiadomo, że lekarze z obozu wszechniemieckiego i antisemickiego dążyli przed rokiem do zawiązania między sobą kartelu w celu wzajemnego wyłącznie popierania i wykluczenia lekarzy słowiańskich i lekarzy wyznania mojżeszowego od udziału w praktyce zdrojowej. Dla tych ludzi, ziejących nienawiścią wyznaniową i narodową, pożądane jest prawo, które w ich rękach mogłoby się stać narzędziem partyjnej represyi i dla tego pod szczytnemi hasłami etyki zawodowej wystąpili do boju o przyznanie Izbom prawa życia i śmierci nad lekarzami. Przewrót, który się dokonał niedawno w składzie Izby lekarskiej wiedeńskiej, dowodzi, że drakońskie przepisy dyscyplinarne byłyby mieczem obosiecznym i według tego, która partya przyszłaby do steru, oczyszczanoby stan lekarski raz z antisemitów i wszechniemców, drugi raz znów z semitów, socyalistów lub klerykałów. Ten § 43 podyktowała bez żadnej wątpliwości nienawiść, która nigdy dobrych rzeczy nie rodzi.

Skąd Izba lekarska krakowska przyszła do tego, że za projektem wiedeńskich antisemitów i wszechniemców się oświadczyła, trudno odgadnąć. W naszym kraju, chwała Bogu, niema między lekarzami takiej zażartej walki partyjnej, jak w Wiedniu i niema żadnej potrzeby przemyśliwać nad sposobami, którymi dałoby się pewnych Kolegów zniweczyć. Nie było też u nas tak zbrodniczych wykroczeń dyscyplinarnych, aby kara pozbawienia środków do życia była za nie stosowną. Sami antisemici przytoczyli jedynie uporczywych anonserów, jako godnych tak surowej kary. Był to tylko jeden z wyszukanych *ad hoc* pretekstów, dowodzący niezbicie, jak wątłe pozory wystarczyłyby wiedeńskim wnioskodawcom do zastosowania rygoru § 43 e).

Powtarzam, że zastosowanie § 43 e) byłoby w obecnych stosunkach niewykonalne. Wzmogłoby tylko partactwo lecznicze i zasiliłoby je doplomowanymi lekarzami. Ustawa karna bowiem wtedy dopiero karze za nieuprawnione wykonywanie praktyki lekarskiej, gdy (obok innych znamion podmiotowych winy) oskarżony nie ukończył nauk lekarskich. Lekarz, pozbawiony prawa do praktyki lekarskiej, mógłby sobie kpić z wyroku a stawiony przed sąd wyszedłby w każdym wypadku obronną ręką. A jakie szkody materyalne i moralne dla całego stanu lekarskiego mogłoby przynieść parę jednostek przez Izby wykluczonych, o tem rozwodzić się nie potrzebuję.

Projekt jednak jest głównie przez to szkodliwy, że w porze, gdy należy spieszyć raźno z ratunkiem dla zagrożonych interesów i praw lekarzy, odwraca uwagę od innych ważnych zadań a pracę Izb marnuje na wyszukiwaniu jak najdotkliwszych kar na lekarzy.

Nie zapuszczając się w zbyt szczegółowe omówienie rozdziału 4-go i 5-go ordynacyi, zaznaczę jeszcze tylko, że, według mego zdania, oddanie władzy dyscyplinarnej w ostatniej instancyi w ręce prawników i funkcyonaryuszy rządowych naruszyłoby tę resztę samodzielności, którą stan lekarski posiada, a scentralizowanie jedynego Senatu dyscyplinarnego w Wiedniu pozbawiłoby lekarzy naszego kraju wszelkiego w tym Senacie głosu i spory między lekarzami a Izbami lekarskiemi oddawałoby do rozstrzygania osobom, pod każdym względem dla nas obcym.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi.

(Prace nagrodzone na konkursie „Głosu lekarzy".)

I.

Położenie materyalne lekarzy praktyków na prowincyi.

(Ciąg dalszy.)

8. Społeczne stanowisko i prawa polityczne lekarza prowincyonalnego.

Wraz z upadkiem materyalnym praktyki prowincyonalnej obniżyło się i znaczenie lekarza w społeczeństwie, jego powaga i obywatelska wziętość. Dawniej, jeszcze przed laty dwudziestu, był lekarz prowincyonalny osobistością wpływową, otaczano go szacunkiem, liczono się z jego zdaniem, obdarzano go zaufaniem obywatelskiem, powoływano do Rad gminnych i powiatowych, jako też do innych reprezentacyj. I dziś jeszcze pewna, bardzo mała liczba lekarzy prowincyonalnych, przeważnie starszych, pomimo zmiany stosunków, umie się utrzymać na dawnej wyżynie i zasiada w reprezentacyach gminnych i powiatowych. Są to jednak przygasające resztki dawnej świetności stanu lekarskiego. Do Sejmu wybrano przy ostatnich wyborach 3 lekarzy prowincyonalnych, lecz wybór ten zawdzięczają głównie poparciu półurzędowemu. Do Rady państwa uzyskał mandat 1 lekarz prowincyonalny.

Śród ludu daje się często odczuwać niechęć do lekarzy, która znajduje wyraz w organie „Stronnictwa chłopskiego" — „Związku chłopskim"*). Wypisują tam lekarzom morały, aby na małem przestawali, nie żyli nad stan, a nie będą mieli powodu do żalów. Jest to pogląd wielu chłopów. Żądają po prostu od lekarza, aby nie miał szerszych aspiracyj i większych pretensyj do życia, niż nauczyciel wiejski, lub sługa sądowy. Niejeden burmistrz małomiasteczkowy, z pensyą 1.000 koron i rozlicznemi obrywkami, uważa się za figurę o wiele znaczniejszą od lekarza.

Biurokracya prowincyonalna, która jest przeświadczona o wyższości stanu urzędniczego ponad wszystkie stany cywilne, traktuje lekarza-praktyka dość górnie, a lekarza rządowego stosownie do jego podrzędnej rangi. Za co ma taki młodziutki adjunkt sądowy lekarza, starszego wiekiem, doświadczeniem życiowem i nauką, świadczy najwymowniej fakt symptomatyczny, który można często obserwować na prowincyi. Wyjeżdżając wspólnie z lekarzami na komisyę sądowo-lekarską, p. adjunkt sadowi się na wozie komisyjnym zazwyczaj na najpierwszem miejscu, zostawiając po lewicy miejsce dla jednego z lekarzy, a drugiemu pozwalając siedzieć wraz z dyurnistą. Jest to drobny rys obyczajowy, ale bardzo znamienny.

Praktyk prowincyonalny musi się oglądać na wszystkie strony, dogodzić wszelkim żywiołom, warstwom, partyom, koteryom, musi być znakomitym strategikiem w praktyce życia, aby nie zrazić do siebie publiczności.

Najliczniejsza i z pewnością najdogodniejsza jeszcze klientela składa się z chłopów. Tu trzeba znać obyczaje i przesądy ludu wieśniaczego, trzeba umieć uniknąć zbytniego popularyzowania się, a z drugiej strony szorstkości w postępowaniu. Niejedno z wierzeń ludu może być nawet lekarzowi pomocnem, jeśli umie wybadać duszę ludu i trafić do jego sposobu myślenia. Lud np. wierzy, że znawca chorób, znachor, potrafi z moczu rozpoznawać choroby i leczenie wskazywać. Przekonałem się, że lekarz prowincyonalny, który jak najczęściej bada mocz zgłaszających się do niego chorych, czyniąc to naturalnie według wskazań naukowej medycyny, prędko zyskuje zaufanie włościan.

Drugim, bardzo ważnym składnikiem praktyki prowincyonalnej są żydzi, którzy za najbłahszem zasłabnięciem spieszą do lekarza i gdy uwierzą w jego „szczęście", mogą jego sławę szeroko roznieść w okolicy i zadecydować o jego powodzeniu.

Według pojęć żydowskich, lekarzowi towarzyszy duch dobroczynny, anioł, „małech", który stacza walkę z duchem złym, przynoszącym człowiekowi różne nieszczęścia, więc i choroby. A im lepszy lekarz, im większe ma „szczęście", tem większy stoi przy nim „małech", bo i między „małechami" jest pewna hierarchia. Praktyk wzięty, to „doktor mit grojssem małech". Rabin żydowski zna się na wszystkich małechach, bo on widzi to, czego zwykły śmiertelnik nie dostrzega. Więc też rekomendacya rabina, osobliwie słynnego cudotwórcy, jest dla praktyka prowincyonalnego nader pożyteczną. Starają się o dobre słowo rabinów-cudotwórców nie tylko różni praktycy prowincyonalni, ale także wielkomiejskie powagi naukowe. Wiemy o tem dobrze. — U żydów w obcowaniu z chorymi uderza przedewszystkiem wielka uczuciowość, serdeczne oddanie się na usługi chorym i mają oni na wet w okolicach, gdzie są zrzadka rozrzuceni, znakomicie zorganizowaną opiekę nad chorymi współwyznawcami. Od lekarza, obok wielkiego „małecha", żądają wielkiego miłosierdzia, współczucia, ofiarności dla biednych.

Dwory u nas mało popłacają. Skarżą się na to i w odpowiedziach na kwestyonaryusz niektórzy praktycy. Często dają we dworze honoraryum niższe, niż włościanin, lub żyd w tej samej gminie, a przy tem lekarz mało samodzielny musi znosić sporo kaprysów. Dla chleba niejedno znieść trzeba. Dwory, stanowiące niewielką pozycyę w budżecie lekarza, mają wpływ na duchowieństwo, a od poparcia duchowieństwa praktyk wiele spodziewać się może, jak znowu z drugiej strony bojkot dworów i plebanij zdoła pozbawić lekarza wszelkiej praktyki, zwłaszcza gdy na prowincyi wraz z dworami i księżmi trzymają się zazwyczaj i żydzi.

Księża, światli i świadomi swego obywatelskiego zadania, nakłaniają chorych, którzy już z tym światem się żegnają, do zasięgnięcia porady lekarskiej. Bardzo często się zdarza, że ta sama furmanka, która odwozi księdza, zajeżdża zaraz po lekarza, niestety nieraz już za późno.

Ze względu na to, że lekarz prowincyonalny bardzo często spotyka się z księżmi, czy to u łoża chorego, czy w towarzyskich stosunkach, pozwolę sobie wtrącić tu jednę uwagę, jak sądzę, ważną dla praktyka prowincyonalnego. Niewielu lekarzy wie o tem, że istnieje osobny dział medycyny, nie wykładany w Wydziale lekarskim, a za to szeroko omawiany na teologii i między klerem. Jest to t. zw. „medycyna pastoralna", czyli duszpasterska, która zajmuje się różnemi cierpieniami ludzkiemi, tudzież stosunkiem lekarza do chorego ze stanowiska etyki chrześciańskiej, pouczając kapłana, jakie chorobowe zboczenia (onania

*) Por. „Związek chłopski" z lipca 1903.

i t. d.) i które zabiegi lekarskie należy uważać za grzech ciężki, lub powszedni.

Tak np. wywołanie poronienia, chociażby przedsięwzięte dla ratowania życia matki, której zgon także i płód na zagładę skazuje, uważa medycyna pastoralna za grzech śmiertelny, podczas gdy etyka lekarska wkłada często na lekarza obowiązek, by ratował życie matki kosztem płodu. Podobnych kolizyj między wskazaniami etyki lekarskiej a etyki chrześciańskiej jest wiele, w czem niema nic dziwnego, bo wskazania lekarskie kolidują nieraz także z pojęciami prawa świeckiego, które np. również nie orzeka, że spędzenie płodu, w interesie zdrowia, lub życia matki przedsięwzięte, nie stanowi naruszenia ustawy karnej. Nie chcę tu zresztą szerzej tej sprawy omawiać, a napomknąłem o niej dla tego, bo, według mego zdania, lekarzowi, zwłaszcza na prowincyi, przydałaby się znajomość medycyny pastoralnej i uchroniłaby go od jawnych przynajmniej kolizyj z duchowieństwem, które podkopują zaufanie do sztuki lekarskiej, niepotrzebnie wywołują zgorszenie i często szkodzą praktykowi prowincyonalnemu. Na tym punkcie trzeba wielkiej rozwagi i taktu. Wielu młodszym praktykom wytknąćby można, że wypełniwszy rozkaz sumienia lekarskiego, lubią zbyt wiele o tem rozpowiadać, jak gdyby o jakiemś bohaterstwie i sami wywołują nieraz spory i dysputy zgoła niepotrzebne.

Małomieszczanie są nieraz elementem, najtrudniejszym do pozyskania, a jednak tam, gdzie konkuruje kilku lekarzy, zależy praktyka wyjezdna od tego, do którego lekarza posłaniec u przechodniów się dopyta, lub o którym posłyszy, że jest najlepszy. Pomysłowi koledzy mają, jak już wspominaliśmy, stale ugodzonych faktorów między mieszczanami, którzy dla dobra swego patrona innych lekarzy w najohydniejszy sposób szkalują.

Śród tak różnorodnych żywiołów, mających często sprzeczne tendencye, lekarz prowincyonalny wobec nadmiaru lekarzy w stosunku do popytu, musi bardzo ostrożnie sobie poczynać w życiu publicznem, a jeśli swych przekonań nie zechce prostytuować dla widoków materyalnych, musi zamknąć się w sobie i do żadnej polityki się nie wdawać. Kto z przekonania, lub z utylitaryzmu gotów jest stanąć po stronie, mającej przewagę, może na tem wyjść dobrze w praktyce lekarskiej. Natomiast oznajmianie się z opozycyą zagraża lekarzowi prowincyonalnemu zgubą materyalną.

Wreszcie o prawdziwej walce politycznej w imię zasad, w imię ideałów politycznych, czy społecznych, niema na prowincyi mowy. Im dalej od ognisk kultury, tem więcej zacierają się w poglądach nawet tak zwanej inteligencyi kontury zasad, tem większy panuje nieład w myśleniu, lub tem większa bezmyślność, a kursują tylko hasła, opacznie zrozumiane i służące do zamaskowania osobistych ambicyj. W takich stosunkach rozsądnemu praktykowi powinno przyjść na pamięć przysłowie Pisma o perłach, lada jako trwonionych.

Prędzej już może lekarz bez narażenia swego bytu być czynnym i pożytecznym w pracy towarzystw kulturalnych bez podkładu politycznego i rzeczywiście widzimy praktyków prowincyonalnych, współdziałających gorliwie w czytelniach Tow. Szkoły ludowej, Tow. Oświaty, w Związku straży ochotniczych pożarnych, w Kółkach rolniczych i t. d.

Byłaby i w autonomicznych reprezentacyach, tak gminnych, jak powiatowych, wdzięczna dla lekarza cząstka pracy, bo przecież sprawy sanitarne stanowią jeden z najważniejszych działów administracyi publicznej. Z pozoru też administracya gmin nie należy do polityki, a w Radzie gminnej i powiatowej potrzeba fachowych znawców w każdym kierunku, nie polityków. Atoli na prowincyi wybory lokalne odbywają się zazwyczaj śród namiętnej walki koteryj i osobistości, a wobec tego lekarz przy najlepszych chęciach służenia sprawie publicznej cofnąć się musi z tej areny, aby się nie wplątać w spory z różnymi odłamami tej publiczności, od której zaufania i przychylności byt jego zależy.

To też prawa wyborcze nie mają dla praktyka prowincyonalnego zbyt wielkiej wartości. Nie od rzeczy jednak będzie skonstatować, że lekarze w ogóle, a prowincyonalni w szczególności, mają w ustawach przyznane mniejsze prawa polityczne, niż inni pracownicy umysłowi.

Najcenniejszem prawem politycznem jest prawo czynnego i biernego wyboru do ciał prawodawczych. U nas to uprawnienie wyborcze opiera się na ustawie gminnej z dnia 12. sierpnia 1866 r.

W §. 1. tej ustawy czytamy, że prawo wyborcze gminne mają:

1) członkowie gminy, opłacający w niej przynajmniej od roku podatek bezpośredni;

2) niektóre kategorye osób, przynależnych do gminy, bez względu na opłatę podatków.

Do tej drugiej grupy wyborczej należą, pod wyraźnym warunkiem przynależności do gminy, księża, urzędnicy, nauczyciele, notaryusze i t. d., a między nimi także i lekarze. Ponieważ w myśl ustawy o przynależności, księża, urzędnicy, nauczyciele są do tej gminy przynależni, w której mają stałą posadę, więc osoby te, nawet w razie nieopłacania żadnego bezpośredniego podatku, mają w gminie swego zamieszkania czynne i bierne prawo wyborcze. Stąd np. nauczyciel, pobierający rocznie 1.000 kor. płacy, nie opłaca wcale żadnego podatku bezpośredniego w gminie, a mimo to ma prawo wyborcze w tej gminie. Inaczej ma się rzecz z lekarzem, który, jeśli nie zajmuje posady urzędowej, zachowuje swą dawną przynależność, a jeżeli w gminie zamieszkania nie opłaca najmniej od roku podatku bezpośredniego, nie ma w niej prawa wyborczego. Podobne przepisy obowiązują również w mieście Lwowie, gdzie także przynależność do gminy jest nieodzownym warunkiem uprawnienia wyborczego lekarza, jeśli podatku bezpośredniego nie opłaca. (§. 1. ust. 2) ustawy z 14. października 1870 Nr. 79. Dz. u. k.). Jedynie statut miasta Krakowa (z 6. października 1901 Nr. 108 Dz. u. kr.) nie czyni prawa wyborczego zależnem od przynależności i tam lekarze, nie opłacający podatku bezpośredniego, mają gminne prawo wyborcze.

Z prawa wyborczego gminnego wypływa bezpośrednio prawo wyborcze do Rad powiatowych, do Rad szkolnych miejscowych, do Rady szkolnej okręgowej, do Komitetu parafialnego, do miejscowego Zarządu drogowego, więc lekarz. nie opłacający podatku bezpośredniego i do gminy zamieszkania nieprzynależny, od wyborów do tych wszystkich Reprezentacyj jest usunięty, podczas gdy inni pracowniсy umysłowi w tej samej gminie, jako to: urzędnicy, księża, nauczyciele, nawet bez opłacania podatku bezpośredniego, jako do tej gminy przynależni, prawo wyborcze posiadają. Chcąc uzyskać równe z nimi prawa, musiałby lekarz, nie płacący podatku bezpośredniego, wystarać się o przynależność do tej gminy, w której mieszka, co jednąk zależy od dobrej woli Reprezentacyi gminnej, o ile nie zachodzi prawo do przynależności na podstawie dłuższego bez przerwy pobytu w gminie.

Brak prawa wyborczego w gminie pociąga za sobą brak czynnego uprawnienia wyborczego przy wyborach do Sejmu krajowego i do Rady państwa (tu z wyjątkiem 5-tej kuryi) w gminie zamieszkania.

Jeśli zaś lekarz, nieprzynależny do gminy, w której mieszka, płaci w niej najmniej od roku podatek bezpośredni, wtedy ma prawo wyborcze w tej gminie z tytułu podatku, a według wysokości kwoty podatkowej należy do I., II., lub III. koła wyborczego. Inaczej klasyfikuje ustawa księży, urzędników od IX. rangi począwszy, kierowników szkół, notaryuszy i t. d., którzy nawet w razie niepłacenia żadnego podatku bezpośredniego, do I. koła wyborców muszą być zaliczani (§. 14. ustawy gminnej).

Prawo wyborcze przy wyborach do Sejmu i do Rady państwa (tu z wyjątkiem 5-tej kuryi) ma w razie opłacania podatku bezpośredniego tylko wtedy lekarz, do gminy nieprzynależny, jeśli zalicza się do pierwszych dwóch trzecich członków gminy, opłacających względnie najwyższe kwoty podatkowe, lub też (przy wyborach do Rady państwa), o ile opłaca najmniej 10 koron podatku bezpośredniego. Jeśli zaś z powodu małego podatku bezpośredniego znajdzie się w końcowej trzeciej części spisu opodatkowanych, nie przysługa mu w gminie zamieszkania prawo wyborcze, lecz jedynie w gminie przynależności, do której przecie dla wyborów podróży nie przedsięweźmie.

Tak wyglądają prawa polityczne lekarzy w porównaniu z prawami innych pracowników umysłowych.

Rekapitulacya i wnioski.

9. Projekty reform.

Stosunki zdrowotne u nas na prowincyi są bardzo niekorzystne, a dla ich poprawy, jako też dla racyonalnej opieki nad chorymi potrzebaby jeszcze o wiele większego kontyngentu lekarzy prowincyonalnych, a zwłaszcza rozsiedlenia ich po drobniejszych gminach kraju. Na pokrycie tego zapotrzebowania jest do dyspozycyi aż nadto dostateczna rezerwa lekarzy w miastach stołecznych — w Krakowie i we Lwowie, gdzie wobec organizacyi kas chorych znacznie się uszczuplił teren praktyki prywatnej i gdzie większa połowa lekarzy jest bez zajęcia.

Z drugiej strony jednak ludność prowincyonalna z powodu zacofania kulturalnego i cywilizacyjnego, a nadto z powodu ogromnego ubóstwa po części nie ma świadomości swych potrzeb sanitarnych, po części zaś nie jest w stanie o własnych siłach je zaspakajać. Gdy przeto w tych warunkach popyt na pracę lekarzy i skala wynagrodzeń za tę pracę jest tak dalece mała, że nawet obecny kontyngent lekarzy prowincyonalnych z paktyki prywatnej bezwarunkowo utrzymać się nie zdoła, liczba lekarzy na prowincyi nie tylko wzrastać już nie może, ale owszem w przyszłości z nieubłaganą koniecznością umniejszaćby się musiała z wielką szkodą dla ludności prowincyonalnej i dla całego kraju, gdyby społeczeństwo nie wdrożyło na czas niezbędnych środków zaradczych.

Okazuje się tedy nagląco wskazanem, aby kraj i rząd gorliwej i wydatniej, niż dotąd, zajął się tą ważną kwestyą społecznej doniosłości i zapewniając bodaj skromne utrzymanie dla potrzebnej liczby lekarzy prowincyonalnych, rozsiedlanie się lekarzy na prowincyi ułatwiał i ludności ciemnej i nędznej opiekę lekarską zabezpieczył.

Do tego celu zmierzałoby takie zorganizowanie służby zdrowia na prowincyi, aby na każde 5000 ludności wypadał 1 lekarz ze stałą pensyą z funduszów publicznych w wysokości najmniej 2000 koron, z zabezpieczeniem emerytury i pensyi dla wdowy i sierot.

Wydatki, z tem połączone, wyniosłyby około 3 milionów koron rocznie, co w stosunku do wielkich korzyści zdrowotnych, kulturalnych i ekonomicznych nie byłoby zbyt wielką ofiarą, jeśli się nadto zważy, że opieka nad zdrowiem ludności jest bez wątpienia równie ważnem, a może ważniejszem zadaniem społecznem, jak oświata, dobra komunikacya, lub melioracya gruntów.

Gdy wszakże do takiej gruntownej reorganizacyi prowincyonalnej służby zdrowia z powodu niedostatku kraju nie rychło jeszcze dojść będzie można, wypada postulaty reform ograniczyć do najpilniejszych wskazań współczesnych, które przy pewnym wysiłku finansowym są już dzisiaj możliwe do spełnienia.

Pozostańmyż więc przy dzisiejszym planie organizacyi okręgów sanitarnych, przy którym 1 lekarz ma przypadać na 15000 ludności, lecz żądajmy, aby nareszcie tej organizacyi w całym kraju dokonano, wskutek czego nie 120, lecz co najmniej 500 lekarzy prowincyonalnych otrzymałoby stałe posady okręgowe, wydatek zaś roczny, licząc po 2000 kor. na każdą posadę z funduszów publicznych, wyniósłby tylko 1,000.000 kor., a jeśli się od tej sumy odejmie wydatek dotychczasowy w kwocie około 300.000 kor., przybyłby nowy wydatek jedynie 700.000 kor., co bezwarunkowo nie leży poza granicami zdolności finansowej kraju.

A gdyby i to miało być groźnem dla równowagi budżetu krajowego, niechże kraj rozłoży kreowanie nowych posad okręgowych choćby na 10 lat, ale niech co roku przybywa stale bodaj 40 posad okręgowych według pewnego systematycznego planu, przy obecnem bowiem tempie organizacyi ani za 100 lat nie będzie u nas organizacya gminnej służby zdrowia przeprowadzoną, podczas gdy w w innych krajach od dawna się z nią uporano.

Nadto należy ostatecznie zdecydować się na uregulowanie emerytury i pensyi dla wdów i sierot po lekarzach okręgowych.

Również i lekarze gminni powinni nareszcie otrzymać *minimum* płacy, które ustawa wskazuje i gminy powinny zabezpieczyć swym lekarzom emerytury i pensye dla wdów i sierot.

Oprócz lekarzy gminnych i okręgowych prowincya potrzebuje jeszcze znacznego zastępu lekarzy praktyków, zwłaszcza gdy kraj nie jest w stanie odrazu obsadzić wszystkich posterunków okręgowych. Wobec zaś nędznych warunków egzystencyi dla lekarzy praktyków kraj i rząd powinny życzliwie oceniać i wynagradzać wysługi tyęh lekarzy, aby im dać możność pewnego minimalnego dochodu rocznego, niezbędnego do utrzymania.

Powiększenie liczby stałych posad szpitalnych i lepsze ich udotowanie jest wskazane już ze względu na wzrastający ruch szpitalny i nadmierne przeciążenie obecnego personalu.

Należałoby też poddać ścisłej, a sumiennej i sprawiedliwej rewizyi etat i płace wszelkich innych posad publicznych dla lekarzy prowincyonalnych, a więc posady lekarzy więziennych, lekarzy kolejowych itd. Przez słuszne unormowanie płac skarb państwa nie bardzoby się nadwerężył, bo chodziłoby tu o roczny wydatek paru dziesiątek tysięcy koron, a egzystencya niejednego lekarza prowincyonalnego byłaby łatwiejszą, co jest dla dobra kraju pożądanem. W tym kierunku powinna wytężyć starania nasza Reprezentacya w Wiedniu.

Także i za poszególne czynności, poruczane lekarzom praktykom, jak szczepienie, tłumienie epidemij, komisye sądowo-lekarskie. byłoby wskazane uregulowanie taryfy, jak niemniej częstsze powoływanie praktyków do potrzebnych usług w zakresie publicznej służby zdrowia za stosowną opłatą, a nie nadużywanie ich bezpłatnych świadczeń. Trudno pojąć, dla czego lekarz okręgowy, lub gminny ma w miejscu swej siedziby za darmo dzieci szczepić, skoro za tę samą czynność w swym okręgu zapłatę pobiera. Sądy wzywają lekarza w roli świadka tam, gdzie jako rzeczoznawca powinien być przesłuchany i otrzymać należytość według taryfy. Wspomnieć tu także wypada o odszkodowaniu słusznem za doniesienia o chorobach zakaźnych, które to żądanie wszystkie Izby lekarskie jednomyślnie uznały.

Kwestya ubezpieczenia wszystkich lekarzy na wypadek choroby, kalectwa, niezdolności do pracy, na starość i zapewnienia pensyi dla wdów i sierot po lekarzach poruszoną już została u czynników kompetentnych, lecz nie może się doczekać załatwienia.

Tyle mniej więcej mogą lekarze prowincyonalni żądać od gmin, kraju i rządu, jeśli nie chcą stawiać żądań utopijnych, lub nieziszczalnych w bliskiej przyszłości. Możnaby dodać jeszcze jeden ważny postulat, który bez przyczynienia się funduszów publicznych da się przeprowadzić przy dobrej woli, a mianowicie, aby władze jęły się energicznie do bezwzględnego tępienia partactwa i znachorstwa.

W tym względzie dużo zdziałać może także duchowieństwo i oświata zarówno szkolna, jak pozaszkolna (czytelnie, odczyty, gazetki ludowe).

Ale niech lekarze praktycy prowincyonalni nie łudzą się, że jakakolwiek poprawa ich bytu spadnie im sama, jak owoc dojrzały z drzewa, jeśli sami o swe interesy dbać nie będą i jeśli nie spoją się silnie w solidarnej organizacyi i o samopomocy nie pomyślą. Czynniki powołane prędzej skłonią się do zadośćuczynienia najnaglejszym potrzebom praktyków, jeśli postulaty będą sformułowane w szczegółach przez ogół interesowanych. Czynniki te w każdej sprawie potrzebują przypomnień, urgensów, bo śród nawału spraw bieżących nikt nie będzie myślał o lekarzach, jeśli oni sami o sobie myśleć i drugim przypominać nie zechcą.

Jeden z posłów z Koła polskiego, który szczerze pragnął zająć się w Wiedniu staraniami o podwyższenie płacy dla lekarzy więziennych w Galicyi, otrzymał od referenta budżetowego pos. Derschatty odpowiedź: „nie wnieśli dotąd żadnej petycyi, nie wiadomo, czego żądają“. Otóż do formułowania i wnoszenia żądań powołana jest organizacya a taką organizacyę mamy gotową w Tow. Samopomocy lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny. Trzeba się tylko w niej zjednoczyć i w niej współpracować, utrzymując równocześnie łączność z Izbami lekarskiemi, które są urzędowemi reprezentacyami stanu lekarskiego.

Sami tylko lekarze mogą i powinni zaprzestać tej walki konkurencyjnej, która obniża płacę i narzuca się chorym. Ustanowienie taryf lokalnych dla honoraryów lekarskich jest sprawą naglącą, a należy do kompetencyi Izb lekarskich w porozumieniu z lekarzami interesowanymi. Sprawa ta, gdzieindziej już uporządkowana, u nas leży odłogiem.

Obok tych wszystkich zabiegów nie należy zapominać o jednym środku zapobiegawczym. Pomimo sofizmatów ludzi płytko myślących nie ulega zaprzeczeniu fakt, że w zawodzie lekarskim w Galicyi w stosunku do popytu na pracę lekarza jest jej podaż zbyt wielką, a stąd płyną wszelkie niekorzystne dla naszego stanu następstwa. Wypada więc poważnie przestrzegać młodzież, by obecnie wstrzymała się od studyów medycznych.

Sanacya stosunków ekonomicznych w naszym zawodzie tak na prowincyi, jak w miastach, może nastąpić jedynie przez normalne ustosunkowanie popytu do podaży pracy, a to ustosunkowanie jest normalnem wtedy, gdy przeciętnie dochód roczny wystarcza do egzystencyi, odpowiedniej do wymogów stanowiska. Gdy to ustosunkowanie zostało znacznie nadwerężone na niekorzyść lekarzy, przywrócić równowagę może z jednej strony zwiększenie popytu, z drugiej zmniejszenie podaży. Do zwiększenia popytu zmierzają powyższe propozycye reform, zmniejszenie podaży zdołamy osiągnąć przez powstrzymanie dalszego napływu pracowników. *Et haec facienda et illa non omittenda.*

(C. d. n.)

Taryfa lekarska.

V.

Rozpatrzmyż teraz, jakie starania przedsięwzięły poszczególne Izby lekarskie w Austryi w sprawie taryfowej.

W Morawach istniały już dawniej różne lokalne taryfy lekarskie, ustanowione przez miejscowe Towarzystwa lekarskie. W r. 1901. dr. Bohdan zestawił 14 takich taryf lokalnych.

Prace nad taryfą minimalną dla całego okręgu rozpoczęła Izba morawska w r. 1901. Wydział Izby ułożył projekt taryfy i rozesłał go do wszystkich Towarzystw lekarskich z wezwaniem o wyrażenie zdania. Na podstawie opinii Towarzystw lekarskich poczyniono w projekcie stosowne zmiany i tak zmieniony projekt przedłożono na posiedzeniu pełnej Izby z dnia 29. kwietnia 1902. Izba projekt Wydziału przyjęła a nadto uchwaliła, że ze względu na różnicę stosunków w różnych okolicach kraju taryfa ta ma służyć jedynie za podstawę do opracowania przez Towarzystwa i grupy lekarzy taryf lokalnych. Dawniejsze taryfy lokalne powinny być przystosowane do podstawowej taryfy Izby lekarskiej. Dalej uchwalono następujące przepisy wykonawcze:

I. Część ogólną taryfy należy ogłosić w pismach morawskich, wychodzących codzień, lub 3 razy na tydzień, jako też w obu urzędowych organach Izby.

II. Część ogólną taryfy roześle się w osobnej odbitce wszystkim lekarzom, wykonującym praktykę w Morawach, w celu pomieszczenia jej w pokoju ordynacyjnym.

III. Część szczegółową, również osobno odbitą, roześle się lekarzom dla ich prywatnej informacyi.

IV. Te Towarzystwa i korporacye lekarskie, które zamierzają na podstawie taryfy Izby ułożyć dla siebie wyższe lokalne taryfy, mają to uczynić w ciągu r. 1902 i przedłożyć te taryfy do zatwierdzenia Izbie.

V. Taryfa, ułożona przez poszczególne Towarzystwo lekarskie dla pewnego okręgu (miasta, powiatu) po przyjęciu jej do wiadomości Izby obowiązuje nie tylko lekarzy, w tym okręgu osiedlonych, lecz także wszystkich innych lekarzy, jeśli w tym okręgu czynność lekarską spełniają.

VI. Lekarzy, w których okręgu niema takich miejscowych taryf odrębnych, obowiązuje taryfa Izby.

VII. Część ogólna taryfy wchodzi w wykonanie z dniem jej ogłoszenia w organach Izby, część zaś szczegółowa z dniem 1. stycznia 1903.

Przytoczę tu w dosłownem tłómaczeniu sprawozdanie o taryfie lekarskiej, złożone przez dr. F. W. Bohdana na posiedzeniu Izby morawskiej w dniu 29. kwietnia 1902, gdyż sprawozdanie to daje przegląd prac przygotowawczych Izby morawskiej:

„Już w pierwszym okresie wyborczym (w grudniu 1894) uznała morawska Izba lekarska konieczną potrzebę taryfy honoraryów, powszechnie w całym okręgu Izby obowiązującej.

Podczas II. okresu wyborczego Izba morawska, wychodząc z zapatrywania, że powinno się ustanowić taryfę minimalną dla całego państwa, dała w tym kierunku inicyatywę, aby nasamprzód każda Izba dla swego okręgu poleciła wypracować taryfę i aby uznano obniżanie należytości poniżej taks w tej taryfie jako wykroczenie przeciw godności stanu i przez Radę honorową karano.

Na tę myśl zgodzono się powszechnie na Wiecu Izb w Badenie w r. 1899.

Istotnie pospieszyły też niektóre Izby z ustanowieniem takiej taryfy, gdyż obowiązującą taryfę minimalną posiadają już Izby: bukowińska, gorycka i gradyska, istryjska, kraińska, vorarlbergska, włosko-tyrolska i wiedeńska; inne Izby są właśnie zajęte opracowaniem taryfy (śląska, styryjska i tryesteńska); inne znowu udzieliły zatwierdzenia taryfom, ustanowionym przez Towarzystwa lekarskie dla poszczególnych okolic kraju (dolnoaustryacka, niemiecko-tyrolska i niemiecka sekcya Izby czeskiej); wreszcie obie Izby galicyjskie uznały wprawdzie potrzebę taryfy minimalnej, lecz sprawą tą dotychczas bliżej się nie zajęły.

Z tego już widać, że domaganie się taryfy lekarskiej znalazło powszechny oddźwięk między lekarzami tej połowy monarchii i że Izba lekarska morawska nic takiego nie przedsiębierze, czegoby już gdzieindziej za dobre nie uznano.

Zbytecznem więc jest wskazywać na konieczność taryfy za czynności lekarskie, zwłaszcza w czasach obecnych, gdy ocena usług lekarskich coraz bardziej się obniża nie tylko ze strony publiczności, lecz także niestety ze strony lekarzy, bezwzględnie konkurujących.

Niezliczone zgromadzenia lekarzy zajmowały się wyczerpująco tym tematem.

Ordynacya stanowa dla okręgu morawskiej Izby lekarskiej, która w r. 1898 weszła w życie, wspomina w §. 14 o ustanowieniu taryfy minimalnej, a nie ulega żadnej wątpliwości, że lekarze uchroniliby się wielu szkód materyalnych i etycznych, gdyby dokładnie zastosowali się do §. 15 ordynacyi stanowej.

Zresztą w Morawie już w r. 1752 ustanowiła taksę dla „medyków“ generalna ordynacya medycynalna z 15. grudnia tego roku, która to taksa jeszcze dzisiaj w wielu ustępach może być uważana za ideał taryfy lekarskiej.

Od r. 1889 rozpoczęły Towarzystwa lekarskie w Morawie stopniowo ustanawiać taryfy lekarskie, a przy tem ustalono pewne, częścią ogólne, częścią szczegółowe, zasady.

Ogólne zasady były następujące:

1. Za każde odwiedziny lekarza u chorego należy się honoraryum.

2. W 8 dni po ukończeniu leczenia należy przesłać rachunek honoraryów.

3. Leczenie ubogich będzie, jak dotąd, stosownie do wymogów humanitaryzmu, bezpłatne.

4. Rachunek honoraryów ma być w ciągu 3 miesięcy zapłacony.

5. Długi honoraryów będą po upływie 2 lat zaskarżane.

6. Pierwsze odwiedziny chorego liczy się wyżej, niż następne.

7. Odwiedziny u łóżka chorego należy wyżej oceniać, niż ordynacyę w domu lekarza.

8. Policza się wyższe honoraryum, jeśli strona żąda odwiedzenia chorego bezzwłocznie, lub w oznaczonym czasie.

9. Odwiedziny chorego w nocy należy co najmniej dwa razy tak wysoko policzać, jak we dnie.

10. Przy odwiedzinach, które trwają dłużej, niż pół godziny, należy każde dalsze pół godziny liczyć jako nową wizytę.

11. Za konsylia lekarzy z tej samej miejscowości należy się każdemu z nich jednakie honoraryum.

12. Opieszałych w płaceniu należy utrzymywać w ewidencyi.

Wizyty poza miejscem zamieszkania lekarza liczy się albo według odległości w kilometrach, albo według straty czasu. Trwania nocnej pory również nie ustalono.

Taksę za poszczególne czynności lekarskie podano bardzo rozmaicie; taksy te nie są też dokładne, gdyż wiele czynności lekarskich, często przedsiębranych, nie jest przytoczonych.

To prawda, że bardzo jest trudno oszacować w gotówce czynność lekarską np. leczenie i wyleczenie osoby, dotkniętej chorobą zakaźną; rękoczyny przy ciężkich porodach, które ratują życie matce i dziecku; wyratowanie żywiciela rodziny i t. d.

Każdy jednak przyzna, że zdrowie jest najcenniejszem dobrem człowieka; jest ono podstawą każdej pracy, każdej zasługi: więc też i lekarz ma wszelkie prawo za przywrócenie zdrowia żądać stosownego wynagrodzenia. Naturalnie, że przy ustanawianiu taryfy honoraryów należy się liczyć w równej mierze ze stosunkami chorego i lekarza ordynującego.

Stosunki w zawodzie lekarskim doszły dzisiaj do tego, że wynagrodzenie lekarza pomimo jego długich i mozolnych studyów, pomimo jego wiedzy rozległej i tak wielkiej odpowiedzialności, jakiej nie zna żaden inny stan, spadło do poziomu, który nie odpowiada nawet zasłudze służącego lub zwykłego dziennego robotnika.

Z tego wynika nieodzowna potrzeba, by ustanowić minimalną taryfę, poniżej której schodzić lekarzowi wzbronione być powinno, jeśli nie ma zupełnie zaginąć godność i powaga stanu lekarskiego.

W tym celu okazuje się potrzebnem przedewszystkiem postanowić jednostkę minimalną, a mianowicie 1 kor. za najprostszą czynność lekarską, która to jednostka przy skomplikowanych czynnościach i według materyalnych stosunków chorego w stosownej mierze się podwyższa; dalej trzeba lekarzom dać do rąk ogólne a wypróbowane reguły do obliczania honoraryów.

Morawscy lekarze w roku przeszłym i w tym roku mieli sposobność zapoznać się tak każdy z osobna, jak w Towarzystwach z projektami taryfy Wydziału Izby i co do nich swe zdanie wyrazić. Z rozlicznych opinij okazało się, że taryfa, którą Izba dla swego okręgu proponuje, wszędzie znalazła pożądane zrozumienie i zgodę. Jeden tylko głos wyraził wątpliwość, czy Izba lekarska ma prawo uchwalać jakąkolwiek taryfę honoraryów.

Różnica zdań panuje tylko w tem, czy taryfa ma być taryfą minimalną, czy taryfą minimalną i maksymalną, czy też taryfą przeciętną. Za taryfą minimalną i maksymalną oświadczyło się niewielu lekarzy; większość jest za taryfą minimalną, mniejszość za taryfą przeciętną. Przeciw proponowanej taryfie minimalnej podniesiono zarzut, że gdy tę taryfę Izba zatwierdzi i opublikuje, wkrótce pozyska ona u publiczności i u władz znaczenie taryfy maksymalnej.

Przeciwnie znów wielu lekarzy życzy sobie, aby taryfę lekarską, przez Izbę lekarską zatwierdzoną, w dziennikach ogłosić, a nadto w formie afisza umieścić w pokoju ordynacyjnym i w poczekalni lekarza. Liczni koledzy są zdania, że należy opublikować tylko ogólną część, a nie szczegółową część taryfy.

Co się tyczy samej taryfy, objawili lekarze różne zapatrywania, mianowicie co do tego, w jaki sposób i kiedy taryfa ma wejść w życie; dalej zapytywano, czyby nie było wskazanem zaprosić lekarzy z różnych okolic kraju do ankiety w celu uchwalenia taktej taryfy, podnoszono też, czy nie wypadałoby Izbie zatwierdzić i uznać za obowiązkowe różne taryfy Towarzystw i okręgów, które obecnie istnieją i czyby nie należało oznaczyć wysokość taks według liczby ludności, w końcu, czy dla młodych lekarzy nie trzeba ustanowić niższej taryfy, niż dla starszych.

Widać z tego, że kwestya taryfy napotyka na niemałe trudności; jest bowiem rzeczą niezaprzeczoną, że stosunki życiowe w różnych częściach kraju, a także w miastach, są nadzwyczaj różne, wobec czego jest niemożliwem, aby honoraryum lekarskie wszędzie tą samą miarą odmierzano.

Mimo to sądzi referent, że musi się powieść ustanowienie normalnej jednostkf, któraby odpowiadała społecznemu stanowisku lekarza, kosztom studyów lekarskich, odpowiedzialności zawodu i bezustannemu pogotowiu do usług. Musimy nareszcie tamę położyć ustawicznemu obniżaniu honoraryów lekarskich zarówno w praktyce prywatnej, jak też i w kasach chorych, a przez to dalszemu upadkowi stanu lekarskiego we względzie etycznym i materyalnym. To da się osiągnąć, jeśli morawska Izba lekarska za przykładem siedmiu innych Izb ustanowi najniższą taksę honoraryów, która posłuży za podstawę dla wszystkich dalszych taks. Ta minimalna norma ma stanowić granicę, poniżej której żadna czynność lekarska nie może być wynagradzana.

Taryfę, uchwaloną i za obowiązującą przez Izbę uznaną, rozeszle się lekarzom we wszystkich miastach i okręgach kraju (ewentualnie za pośrednictwem członków Izby), aby w tym wywypadku, gdy stosunki socyalne gdzieś są lepsze, lub gdy istniejąca już taryfa wyższe taksy wykazuje, mogli stosowne podwyższenie taksy minimalnej przedsięwziąć. Tak dokonane porozumienie między lekarzami pewnego miasta, lub okręgu podlega potem zatwierdzeniu Izby lekarskiej, poczem to wyższe minimum będzie obowiązywało.

Że lekarz w praktyce prywatnej za czynność lekarską nie powinien przyjmować honoraryum poniżej 1 kor., pod tym względem nie może być różnicy zdań; ale wiemy przecie z referatu dr. Cantor'a na posiedzeniu Izby z 2. czerwca 1899, jakie honorarya daje się lekarzom w kasach chorych; a jak wyglądają honorarya lekarzy okręgowych, o tem referował dr. Novák na posiedzeniu Izby z 4. grudnia 1900.

Gdy Izba postanowi takie normalne minimum, mogą także Towarzystwa lekarskie (w Bernie, Znajmie itd.) którym pierwotne

taksy wydawałyby się za niskie, przystosować je do swych stosunków.

Wydział morawskiej Izby lekarskiej przyjął do wiadomości sprawozdania i wnioski referenta o taryfie lekarskiej na posiedzeniach z dnia 23. lipca 1901, 26. listopada 1901, 8. kwietnia 1902. Morawska Izba lekarska przedyskutowała na posiedzeniu z dnia 10. grudnia 1901 pierwotne i zmienione projekty i dziś ma przystąpić do ostatecznych uchwał.

W myśl uchwały z 10. grudnia 1901 rozesłano drugie sprawozdanie o taryfie wraz z wnioskami wszystkim Towarzystwom lekarskim w Morawie, a odpowiedzi nadesłane stwierdzają ten błogi fakt, że projekt taryfy minimalnej dojrzał do uchwały i opublikowania, gdyż niektóre Towarzystwa akceptowały go jednomyślnie i bez zmiany, inne wreszcie żądają jeszcze dodatków do ogólnej i szczegółowej części.

Niektóre wnioski Towarzystw lekarskich (ogłoszenie taksy minimalnej dla posad za ryczałtem, taksy niższe, niż w minimalnej taryfie, dla pewnych okolic kraju) muszą być pozostawione na czas późniejszy, aż do zebrania dostatecznego materyału statystycznego.

Zresztą każdy lekarz będzie miał w projektowanej taryfie podstawę, która mu umożliwi oszacować wartość jego lekarskich czynności, aby przy pomocy zapisków, jakie i lekarze okręgowi zwykle czynią, przy sposobności zażądać stosownego podwyższenia dotychczasowego ryczałtu.

Takie zapiski wykażą też najlepiej przy porównaniu z taryfą minimalną, jak olbrzymią pracę spełniają lekarze w ciągu roku na korzyść i pożytek cierpiącej ludzkości, czy to w charakterze lekarzy ubogich, czy też jako lekarze kasowi (w kasach robotniczych, przemysłowych, zakładowych, kolejowych itd.)".

* * *

Co do samej taryfy Izby morawskiej, to podobnie, jak przy rozpatrywaniu innych taryf, interesuje nas tylko część ogólna, która ustanawia ogólne zasady obliczania należytości lekarskich. Opiewa ona, jak następuje:

1. Każdy lekarz powinien wyznaczyć pewną stałą codzień godzinę ordynacyjną i tej godziny dotrzymywać.

2. Za każde odwiedzenie chorego, za każdą ordynacyę, a także za każde pisemne wyjaśnienie, w ogóle za każdą czynność lekarską należy się honoraryum, nawet w tym wypadku, gdy wizyta lekarska, którą lekarz szedł uskutecznić, nie przyszła do skutku z powodów, od lekarza niezależnych.

3. Żadne honoraryum nie może być niższe od 1 kor.

4. Więcej, niż 1 kor., policzyć należy za udzielenie pomocy lekarskiej w chorobach zakaźnych, dalej za udzielenie pomocy lekarskiej poza miejscem zamieszkania lekarza, lub w nocy (od godz. 6-tej wiecz. do godz. 6-tej rano), lub gdy strona żąda pomocy natychmiast albo w oznaczonej godzinie.

Również za wizyty i ordynacye, przy których leczy się równocześnie kilku członków rodziny, należy żądać wyższego honoraryum.

5. Poradę lekarską przy łóżku chorego, jako też poradę w pokoju ordynacyjnym lekarza, lecz poza ustanowioną godziną ordynacyjną, należy powyżej 1 kor. wynagradzać.

6. Pierwsze zbadanie chorego (ordynacyę w domu, odwiedzenie chorego), jak w ogóle każde jednorazowe zbadanie chorego, oblicza się wyżej, niż następne ordynacye (wizyty).

7. Nie wolno na przyszłość z góry umawiać się o ryczałtowe wynagrodzenie roczne za leczenie rodziny; przy publicznych zakładach, w przedsiębiorstwach, w kasach chorych, dopuszczalne to jest jedynie po przedłożeniu ugody do zatwierdzenia Izby lekarskiej.

8. Nie wolno obniżać raz ustanowionego honoraryum o pewną kwotę, ani dawać opustu procentowego.

9. Asystę, leki, środki opatrunkowe, fiakry ma się osobno policzać.

10. Rachunki honoraryów należy posyłać co pół roku, najdalej zaś na końcu każdego roku, ale można je posłać także zaraz po ukończeniu leczenia. Za ordynacye w godzinie ordynacyjnej z reguły należy żądać natychmiastowego wypłacania należytości.

11. Jeśli zapłata nie nastąpi w ciągu 3 miesięcy od przysłania rachunku, należy dłużnika upomnieć; po upływie 12 miesięcy od wysłania rachunku należy wnieść skargę sądową.

12. Nazwiska osób, ociągających się z zapłatą, będą sobie lekarze wzajem do wiadomości podawali".

Pomimo ściśle wyznaczonego terminu przedkładanie taryf lokalnych przedłużyło się do r. 1903. Niektóre z tych podań zasługują na wzmiankę.

I tak: Tow. lek. w Ostrawie morawskiej nadesłało taryfę przeciętną jeszcze z r. 1898. Izba sprostowała pozycye, które były niższe, niż w taryfie minimalnej Izby.

Lekarze z Budziejowic mor. zażądali wyjaśnienia, jak należy policzać kilometrowe i wyraźnego orzeczenia w taryfie, że za fiakra należy się lekarzowi wynagrodzenie także wtedy, gdy drogę do chorego odbył pieszo, lub na rowerze.

Podobne żądanie nadeszło także z Tow. lek. w południowych Morawach.

Lekarze ze Znajmu żądali, aby lekarzowi wolno było opuścić z cen taryfy 30%, lecz żądanie to Izba stanowczo odrzuciła.

Lekarze w Iglawie przedłożyli taryfę trzechstopniową, której najniższy stopień jest zgodny z minimalną taryfą Izby, drugi stopień wyższy, a trzeci jeszcze wyższy.

Tow. lek. w Bernie wprowadziło za zgodą Izby dodatek do §. 4. części ogólnej taryfy tej osnowy:

„Leczenie ciężkich wypadków, które powodują szczególne niebezpieczeństwo dla lekarza i jego otoczenia, dalej leczenie w tych wypadkach, które wymagają osobliwego wytężenia sił fizycznych i umysłowych, nie podlega żadnej taryfie".

Tow. lek. w Bernie doniosło, że jako minimalną taryfę dla Berna przyjęto podwójne taksy taryfy Izby, a jako przeciętną taryfę poczwórną taksę taryfy minimalnej Izby. Izba zatwierdziła minimalną taryfę berneńską, orzekając zarazem, że nie uznaje się kompetentną w sprawie taryf przeciętnych.

Z własnej inicyatywy uzupełniła Izba swą taryfę dodatkiem do §. 11. treści następującej: „Jeśli zapłata honoraryów nie nastąpi po upływie 3 miesięcy, można od należytości żądać procentów zwłoki aż do chwili wypłaty".

Wobec wszelkich propozycyj poprawek w taryfie Izby zajęła Izba to stanowisko, że a) zmiany części ogólnej nie są dopuszczalne; b) wszelkie podwyższenia lokalne taks minimalnych będą zatwierdzone; c) wszelkie lokalne obniżenia taks minimalnych należy odrzucić.

Z powodu wielkiej liczby spraw, odnoszących się do taryfy wybrał Wydział Izby ze swego grona osobnego referenta dla spraw taryfowych. (C. d. n.).

Taryfa sądowo-lekarska w sprawach niespornych.

W sprawie tej wniosła gospodarcza Izba lekarska (salzburska) następującą petycyę do ministerstwa sprawiedliwości:

„VIII. Wiec austryackich Izb lekarskich w Lincu uchwalił na posiedzeniu w dniu 7. października 1903. wnieść przedstawienie do c. k. ministerstwa sprawiedliwości z żądaniem uchylenia taryfy należytości sądowo-lekarskich w postępowaniu niespornem, którą to taryfę ustanowiono rozporządzeniem ministeryalnem z 17. lutego 1855., dz. u. p. Nr. 33. i z prośbą o wydanie nowej taryfy, odpowiadającej współczesnym wymogom.

Izba lekarska salzburska, jako obecnie Izba gospodarcza, wykonując powyższą uchwałę, ma zaszczyt przedłożyć następującą petycyę c. k. ministerstwu sprawiedliwości:

Wspomniane rozporządzenie ministeryalne z 17. lutego 1855. ustaliło należytości za „czynności ściśle sądowo-lekarskie w postępowaniu cywilnem i karnem", a taryfa ta stanowi aż do r. 1901. podstawę dla oceny czynności lekarskich w sprawach karnych i cywilnych, jako też w postępowaniu niespornem.

Rozporządzenie ministerstwa sprawiedliwości z 20. marca 1901. dz. u. p. Nr. 34. zniosło przepisy tej taryfy w postępowaniu karnem i przy wykonywaniu kary; dalej rozporządzenie ministerstwa sprawiedliwości z 8. listopada 1902., dz. u. p. Nr. 211. uchyliło wspomniane rozporządzenie z 17. lutego 1855. w zastosowaniu do cywilnych sporów prawnych, dotychczas jednak ma ono moc obowiązującą przy użyciu lekarzy jako rzeczoznawców w postępowaniu w sprawach niespornych.

Nie można tedy wcale wyrozumieć, dla czego tę taryfę zatrzymano jeszcze właśnie w postępowaniu w sprawach niespornych, gdy we wszystkich innych wypadkach, w których lekarze mają w sądzie interweniować, porzucono ją, jako nieodpowiadającą wymogom współczesnym.

Przecież i dla postępowania w sprawach niespornych mają znaczenie te same powody, które w r. 1901. doprowadziły do opracowania nowej taryfy dla postępowania karnego i które w r. 1902. spowodowały c. k. ministerstwo sprawiedliwości do wydania nowych stosownych norm w postępowaniu w sprawach cywilnych, norm, odpowiadających rozporządzeniu ministeryalnemu z 17. września 1897., dz. u. p. Nr. 221.

Rozporządzenie z r. 1855. nie odpowiada już wymogom czasu, jest przestarzałe, a mianowicie nie tylko co do wysokości poszczególnych taks, lecz także w ogóle co do podstawy całej taryfy. Nie chcemy pod tym względem wchodzić w szczegóły, wystarczy, według naszego mniemania, przytoczenie już tego samego faktu, że wynacza się tam za badanie w celu wykazania nieudolności małżeńskiej kwotę 2 złr., za każde zaś następne, potrzebne odwiedziny kwotę tylko 30 kr. (wyraźnie trzydziestu centów). za pisemne orzeczenie 1 złr.; taksy te są tak niskie, że równie wstydzić się powinna strona, która je wypłaca, jak strona, która taką należytość przyjmować musi.

Za zbadanie chorych umysłowo, jeśli dokonywa się go w postępowaniu w sprawach niespornych, oznacza taryfa z r. 1855 wynagrodzenie 2—4 złr., za orzeczenie na pismie 2—5 złr.; jeżeli to samo badanie przedsiębierze się w postępowaniu karnem, wynoszą odnośne należytości 10–40 kor., a nadto istnieje prze-

pis, że należy wypłacić wyższą należytość w razie niezwykłej straty czasu i osobliwego mozołu, w myśl §. 384. p. k.

Jak poszczególne taksy starej taryfy są wprost śmiesznie małe i stoją w rażącej sprzeczności co do oceny tej samej czynności w innych rodzajach postępowania sądowego, tak z drugiej strony cała podstawa taryfy z r. 1855. nie odpowiada już wymogom współczesnym.

Taryfa ta nie rozróżnia, lub przynajmniej w niedostatecznej mierze rozróżnia wypadki proste i skomplikowane; taryfa nie przewidziała, a przeto i nie przyznaje wynagrodzenia za cały szereg czynności lekarskich. Tak np. za przestudyowanie aktów lekarz nic żądać nie może, nawet w takim razie, gdy w tym celu wyłącznie musi się udać do sądu itd.

A jeśli już te wszystkie braki wymagają nagląco naprawy, to tem więcej jest ona nieodzowna z powodu sposobu wykonywania przepisów tej taryfy.

Z biegiem dziesiątek lat wytworzył się zwyczaj, że w tych wypadkach, w których z powodu nieściągalności taksy od strony państwo ma należytość zapłacić, uiszcza się tylko do 50% tych taks minimalnych.

Dalej jest taka praktyka, że lekarze sądowi, którzy z polecenia sądu badają pewną osobę co do jej stanu umysłowego dla orzeczenia, czy osoby te potrzebują kurateli, nie otrzymują nic zgoła, jeśli z jakiegokolwiek powodu sąd polecenie odwoła albo gdy badana osoba umrze, jakkolwiek lekarz w tych razach przedsięwziął potrzebne prace wstępne, w celu skreślenia wywodu i orzeczenia, albo też już wywód i orzeczenie ma wypracowane.

Są to wszystko tylko krótkie przykłady tych licznych niewłaściwości, które utarły się w ciągu półwiekowego trwania taryfy z r. 1855., a które wprost poniżają cały stan lekarski i jego godności uwłaczają.

Wszystkie te okoliczności skłoniły VIII. Wiec austryackich Izb lekarskich do wniesienia do c. k. ministerstwa sprawiedliwości następujących żądań:

1. Należy znieść istniejącą jeszcze dzisiaj w postępowaniu w sprawach niespornych przestarzałą taryfę, ustanowioną rozporządzeniem ministeryalnem z 17. go lutego 1855. dz. u. p. Nr. 33. i zastąpić ją nową taryfą, odpowiadającą dzisiejszym stosunkom i naukowym świadczeniom lekarzy.

2. Wobec tej okoliczności, że już w latach 1880, 1890 i 1901. przeprowadzono stosowne urzędowe zbadanie sprawy, a przeto od dawna już są pod ręką podstawy do wypracowania nowej taryfy, należy tę taryfę jak najrychlej ułożyć a przy tem zasięgnąć opinii Izb lekarskich, jako legalnej reprezentacyi stanu lekarskiego.

3. Zanim to nastąpi, należy mianowicie przy badaniu stanu umysłowego osób niezamożnych asygnować lekarzom bez wyj tku pełne taksy starej taryfy z r. 1855. za zbadanie, wywód i orzeczenie, nawet w tych wypadkach, w których przyszło do umowy, ograniczającej należytość lekarza.

4. Obok tego w takich wypadkach (jak pod 3.) należy przyznać lekarzom sądowym odpowiednie wynagrodzenie za studyowanie aktów sądu opiekuńczego.

5. Wreszcie w tych wypadkach (jak pod 3.) należy stosownie wynagradzać czynności lekarzy sądowych w razie odwołania sądowego polecenia lub w razie śmierci osoby badanej.

Podpisana gospodarcza Izba lekarska salzburska pozwala sobie przedłożyć tę petycyę wraz z odnoszącym się do niej szczegółowym referatem Radcy ces. dr Franciszka Zuski (vide „Głos lekarzy“ Nr. 9. i Nr. 10. z b. r. Przyp. red.) i uprasza o zniesienie jak najrychlejsze taryfy z 17. lutego 1855. dz. u. p. Nr. 33. a ustanowienie nowej stosownej taryfy.

Salzburg, 3. czerwca 1904.“

Pomoc lekarska w kasie chorych lekarzy.

Na ostatniem Walnem Zgromadzeniu członków kasy chorych lekarzy chciałem poruszyć sprawę, która mi się wydaje dla członków tejże kasy bardzo aktualną i przez nikogo dotychczas nie była tknięta. Ponieważ jednak na porządku dziennym była tylko zmiana statutu, nie mogłem przyjść w tej sprawie do głosu; ośmielam się tedy prosić Szanownej Redakcyi naszego „Głosu lekarzy“, która zawsze chętną jest w użyczaniu miejsca w gazecie w sprawie, ogół lekarzy obchodzącej, by nie tylko pozwoliła mi korzystać z gościnności w łamach swoich, lecz także zainicyowała dyskusyę nad moim wnioskiem, który przy końcu tego artykułu przedstawię.

Każda kasa chorych w ogóle stara się przedewszystkiem zabezpieczyć członkom pomoc lekarską, a w drugim rzędzie dopiero pomoc materyalną. U nas dotychczas kwestyi pomocy lekarskiej ani jednem nie tknięto słowem, chociaż jest ona również, jeśli nie więcej, ważną jak zasiłek materyalny.

Pod względem osiągnięcia pomocy lekarskiej jest lekarz w razie choroby w kłopotliwszem położeniu, aniżeli każdy inny śmiertelnik. Kto inny dostanie lekarza w każdej chwili, jeśli tylko przeznaczy odpowiednie honoraryum, a może mieć troskę tylko o wybór lekarza, bo temu płaci się tyle za wizytę, tamtemu znowu więcej, ciocia rekomenduje tego, babcia innego doktora. Lekarz zaś nie może mieć tej swobody w wyborze, ponieważ etyka lekarska nie pozwala lekarzowi, ordynującemu choremu koledze, przyjąć honoraryum. Dla tego nikomu nie jest przyjemnie korzystać z czyjegoś obowiązku, wypływającego z koleżeństwa, używając pomocy lekarskiej bezpłatnej, zwłaszcza w chorobie dłuższej, a jeszcze bardziej w słabości — jak to często bywa — zaraźliwej, od leczenia której — nawiasem mówiąc — i najlepszy kolega lub przyjaciel się ociąga, albo pod jakimkolwiekbądź pozorem wywinąć się usiłuje, bo „*primus amor ab ego*“. — Lekarz znowu, ordynujący koledze, uważa — Bogiem a prawdą — swoją przymusową funkcyę (piszę na podstawie wielokrotnego doświadczenia) za ciężar, któregoby się najchętniej chciał pozbyć. Ten zarzut tyczy się naturalnie starszych, renomowanych kolegów z obszerną praktyką, bo młodsi za zaszczyt sobie poczytują leczyć kolegę.

Bywa jeszcze gorzej — jak to i we Lwowie niedawno miało miejsce — że lekarz, który ciężko zaniemógł, zaprosiwszy sobie do konsylium profesora uniwersytetu i drugiego, wziętego doktora, musiał zapłacić po pięć złr. każdemu z nich za to konsylium, ponieważ się profesor o takie honoraryum upomniał!!!

Za autentyczność faktu ręczę i pełnem nazwiskiem służę w razie potrzeby. Ja sam, będąc chorym, udałem się z namowy krewnych do profesora Nothnagla we Wiedniu. Było to podczas *haute-saisonu*, kiedy w poczekalniach profesora było ze 40—50-ciu osób zgromadzonych, czekających niecierpliwie na swoją kolej. Po otrzymaniu mego biletu wizytowego przez służącego, przyjął mię profesor pierwszego z pominięciem wszystkich, którzy, jak się dowiedziałem, po kilka dni czekali, zbadał mnie i to bardzo dokładnie, sam się zajął zbadaniem moczu; wszystko to trwało pół godziny czasu, a gdym chciał złożyć honoraryum, czuł się prof. Nothnagel obrażonym i żadną miarą o wynagrodzeniu słyszeć nie chciał. Tak się dzieje we Wiedniu — u nas niestety inaczej.

Nie każdy kolega, pozbawiony z powodu choroby dochodów, może uiścić w razie danym honoraryum w tej wysokości, jak wyżej podałem, lub w ogóle jakiekolwiekbądź honoraryum. Czy może 4 złr. wsparcia dziennego, otrzymane od kasy chorych, ma starczyć na opędzenie kosztów kuracyi, wyżywienie rodziny i na wszelkie inne wydatki, rosnące bez przerwy mimo słabości i niemożności zarobkowania?

Powie ktoś: Przecież każdy lekarz ma przyjaciela lub w ogóle kolegę, z którym w przyjaźni żyje i który chętnie w razie potrzeby pospieszy z pomocą choremu koledze. W mieście większem, w którem znaczniejsza ilość lekarzy mieszka, bywa tak w istocie, lecz co ma robić lekarz na prowincyi, gdzie czasem sam jeden w danej miejscowości mieszka, lub z drugim kolegą z powodów konkurencyjnych w takich żyje stosunkach, że o zaufaniu mowy być nie może?

Z tego wynika dobitnie, że sprawa zabezpieczenia chorym kolegom opieki lekarskiej jest bardzo pilną — ba nawet piekącą.

Przedkładam więc formalny wniosek, by wydział Kasy chorych lekarzy, bądź we własnem łonie, bądź przez kooptowanie większej ilości kolegów zpoza wydziału, w najkrótszym czasie przestudyował sprawę zabezpieczenia chorym kolegom bezpłatnej pomocy lekarskiej i przedłożył *ad hoc* mającemu się zwołać jak najprędzej Walnemu Zgromadzeniu konkretne propozycye.

Emanuel Kreiner, lekarz ze Lwowa.

W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych.

(Ciąg dalszy.)

2. Sprawozdanie Komisyi sanitarnej o przedłożeniu Wydziału krajowego w sprawie zakupna zamku w Krystynopolu na zakład dla nieuleczalnych chorych obłąkanych, tudzież rozszerzenia i ulepszeń zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Na wstępie do niniejszego sprawozdania Komisya sanitarna przedewszystkiem podnieść musi okoliczność, że w kraju pod względem opieki nad zdrowiem publicznem zdziałano wprawdzie w ostatnich czasach bardzo wiele — że jednak pod tym względem daleko jeszcze stoimy nie tylko poza innemi kulturnemi państwami, ale także poza koronnymi krajami monarchii.

Stosunki te wymagają gruntownej naprawy — a są tak pilne, że w najbliższej przyszłości załatwione być muszą, jeżeli zapobiedz chcemy ogólnemu charłactwu fizycznemu, którego objawy dziś już każdego nieuprzedzonego obserwatora niepokojem napawać muszą.

Komisya sanitarna jasno sobie zdaje sprawę, że inwestycye w tym kierunku sięgać muszą w miliony, i że kraj na dziś nie jest w finansowej możności podołania zadaniu — wyraża jednak przekonanie, że środki na ten cel znaleść się muszą — chociażby z chwilowem uszczupleniem innych rubryk w preliminarzu wydatków krajowych, albo też przez wyszukanie

jakichś nowych źródeł dochodu, lub wreszcie przez zaciągnięcie inwestycyjnej pożyczki krajowej.

Z tego też powodu, zastrzega sobie Komisya sanitarna możność przedłożenia Wysokiej Izbie w niedalekiej przyszłości całego szeregu wniosków w sprawie opieki zdrowia publicznego i koniecznej naprawy stosunków, obecnie panujących.

Na dziś ogranicza się Komisya jedynie do sprawozdania o projekcie Wydziału krajowego w sprawie polepszenia opieki nad obłąkanymi.

Podług urzędowych dat statystycznych za rok 1902, znajduje się w kraju obłąkanych w ścisłem słowa znaczeniu — nie wliczając w to osób umysłowo niedołężnych i matołków — 4.968 czyli 0·69‰ ludności.

Z tego przypada na wschodnią połać kraju 3.011 czyli 0.65‰, a na zachodnią 1.967 czyli 0.73‰.

Z całej tej liczby 4.968 było w roku 1902 umieszczonych w zakładach zaopatrzenia 167 osób czyli 3·3%, — umieszczonych w szpitalach było osób 2.151, czyli 43·4%, pod opieką zaś rodzin względnie gmin pozostawało 2.650 osób, czyli 53·3% wszystkich obłąkanych.

Liczby te świadczą aż nadto dobrze o tem, co i ile w tym kierunku zdziałać należy.

Smutniej jeszcze przedstawiają się te stosunki, jeżeli uwzględnimy całą liczbę umysłowo chorych, znajdujących się w kraju, gdyż cyfra ta wynosi z górą 8.000 osób — a więc odsetkowe liczby nie umieszczonych chorych wzrosną w dwójnasób i procent ten nie umieszczonych wynosi w rzeczywistości 73% czyli, że umieszczonych jest tylko 27%.

Statystyka innych krajów wykazuje, że nie wiele więcej nad połowę ogólnej liczby obłąkanych pozostawać może na wolności bez obawy o bezpieczeństwo publiczne. Takich zatem będzie u nas około 4.000. Z pozostałej połowy można przyjąć około 1.500 osób, które tylko czasowo potrzebują leczenia w zakładzie. Reszta jednak obłąkanych, około 2.500 osób, powinna znaleść w zakładach stałe umieszczenie.

Obecnie posiadamy w kraju dwa zakłady: w Kulparkowie i Krakowie.

Zakład kulparkowski, urządzony pierwotnie na 560 łóżek, mieścił w r. 1902 przeciętnie 876 chorych dziennie, czyli w przecięciu o 316 więcej, aniżeli było miejsca. W szpitalu krakowskim, urządzonym pierwotnie na 70 łóżek, bywa dziennie przeciętnie 140 chorych, a liczba ta wzrasta czasami do cyfry 160!

Tu napomknąć jeszcze należy, że stosunki te zmieniają się z każdym rokiem na gorsze, — bo gdy przeciętna cyfra chorych, leczonych w Kulparkowie, wynosiła

w r. 1900	778,	to
„ 1901 już	812,	
„ 1902 aż	876,	a
„ 1903 przeszło	900.	

Rzecz niemal nie do uwierzenia — i łatwo wysnuć stąd wnioski, jakie stosunki panować muszą w tych zakładach, pomimo wszelkiej gotowości ze strony Wydziału krajowego w zaradzeniu złemu i mimo wszelkich wysiłków ze strony lekarzy, zajętych w tych szpitalach.

O właściwem klinicznem i psychiatrycznem leczeniu prawie, że mowy niema i lecznice te schodzą do rzędu zakładów wprost detencyjnych.

A jeżeli od czasu do czasu słyszeć się dają okrzyki oburzenia w kraju z powodu smutnego jakiegoś wypadku z chorym, w jednym czy drugim szpitalu, — to raczej dziwić się należy, że wypadków tych jest tak niewiele wobec panujących tam stosunków, grozą wprost przejmujących, o których pojęcie mieć może, kto się naocznie przekonał. I raz już kraj sobie powiedzieć musi, że nadeszła ostateczna chwila, kiedy obowiązkowi wobec tych nieszczęśliwych, ze społeczeństwa wyeliminowanych, zadość uczynić należy.

Szpitale nasze, nawet jako zakłady detencyjne, nie mogą uczynić zadość potrzebie, gdyż ponad 53% umysłowo chorych, potrzebujących koniecznie opieki szpitalnej, jest dla braku miejsca opieki tej pozbawionych.

Jak dalece kraj nasz nie wypełnia swojej powinności pod względem tworzenia zakładów psychiatrycznych, wykazuje statystyka.

W r. 1873 leczono w Galicyi 739 umysłowo chorych — w r. zaś 1896 tylko 767, t. j. o 28 więcej.

W innych krajach postęp w tym kierunku był znaczny. W całej Austryi wynosi ta cyfra w r. 1873 osób 5.965, a w r. 1896 osób 12.432. W nadwyżce tej (6.467 chorych) zajmują pierwsze miejsce Czechy (+3.162), następnie Styrya (+712, dalej Morawy (+583) i Śląsk (+290).

O zaniedbaniu naszem w porównaniu z innymi krajami monarchii świadczy także stosunek liczbowy mieszkańców, do jednego umysłowo chorego, leczonego w zakładzie. W r. 1896 stosunek ten wyraża się u nas w cyfrze 9.168, podczas gdy w Tryeście przypada w tym samym czasie 1 chory zakładowy na 636 mieszkańców.

Procentowo rzecz biorąc, przedstawia się sprawa ta w ten sposób, że gdy n. p. w Austryi dolnej umieszczonych było (w r. 1896) 79.3% chorych, to w Galicyi tylko 27.2%.

Sprawa o zaradzenie złemu toczy się od szeregu lat a ostatecznym wynikiem prac przygotowawczych w tym kierunku jest przedłożone Wysokiej Izbie sprawozdanie Wydziału krajowego z 5. września 1903.

W sprawozdaniu tem rozchodzi się w ogólności przedewszystkiem o pomnożenie liczby łóżek dla umysłowo chorych o 500 — a w szczególności także o polepszenie obecnych stosunków sanitarnych i leczniczych w zakładzie kulparkowskim.

W celu tym rozważa Wydział krajowy dwie alternatywy.

1. Przeistoczenie obecnego głównego gmachu w Kulparkowie i budowę nowych pawilonów na gruntach Kulparkowa z ogólnem pomnożeniem liczby łóżek o 500.

2. Przebudowę obecnego głównege gmachu i budowę dwu pawilonów — z ogólnem pomnożeniem liczby łóżek o 200 w Kulparkowie, z równoczesnem zakupnem pałacu w Krystynopolu na umieszczenie 300 chorych, po stosownem przekształceniu tego gmachu.

Otóż — wyrażając w tem miejscu uznanie Wydziałowi krajowemu za poczynione w tym kierunku specyalne studya przedwstępne i wyczerpujące przedstawienie rzeczy, — oświadcza się Komisya pomiędzy dwoma tymi projektami za pierwszym — t. j. za rozszerzeniem zakładu dla obłąkanych o 500 łóżek na gruntach Kulparkowa, a czyni to z następujących powodów. (Dokończenie nastąpi.)

KRONIKA.

Statut Tow. Samopomocy lekarzy załączamy do niniejszego numeru „Głosu lekarzy". Zarazem zawiadamiamy Kolegów narodowości ruskiej, że jest w druku wydanie ruskie statutu i będzie wkrótce rozesłane lekarzom Rusinom.

Odezwę Tow. Samopomocy w sprawie niewłaściwego sposobu doręczania honoraryów lekarskich załączamy w osobnej odbitce, jako dodatek do niniejszego numeru.

Zmarli. Prof dr. Władysław Niemiłowcz zmarł we Lwowie w dniu 16 b. r. w 41 roku życia.

W sprawie lekarzy więziennych uchwaliła Izba styryjska przyłączyć się do akcyi Izb galicyjskich i proponuje, aby Izba gospodarcza (salzburska) wniosła stosowną petycyę do ministerstwa sprawiedliwości imieniem wszystkich Izb, gdyż stosunki lekarzy więziennych są we wszystkich krajach koronnych smutne, a wniesienie wspólnej petycyi od wszystkich Izb może się okazac skuteczniejszem, niż starania Izb poszczególnych.

Tak więc sprawa rozwija się według planu, który w Nrze 3-cim „Głosu lekarzy" z 1 lutego b. r. wskazaliśmy. Jeszcze Towarzystwo Samopomocy powinno głos zabrać i również od siebie wnieść petycyę do rządu, gdyż trzeba rząd z różnych stron atakować o to, co się lekarzom należy.

Kol. dr. Józef Kadyi przysłużył się kolegom prowincyonalnym przez inicyatywę w sprawie lekarzy więziennych i dał przykład, jak w podobnych sprawach zawodowych poczynać trzeba. Nasamprzód tedy wypada w każdym takim wypadku rzecz przedyskutować należycie, ku czemu słnżą łamy „Głosu lekarzy", następnie odwołać się na podstawie faktycznych danych do Tow. Samopomocy i krajowych Izb lekarskich, nadto doradzamy dla każdego ważniejszego postulatu wybór osobnego komitetu z grona bezpośrednio interesowanych, a komitet ten nie powinien spuszczać z oka sprawy i wszystko przedsiębrać, co dla uzyskania praktycznego wyniku okaże się wskazanem.

Podobny komitet istnieje u nas dla reorganizacyi okręgowej służby zdrowia, szkoda tylko, że za mało daje znaków życia i że obecnie, przed sesyą sejmową, nie przypomina żądań lekarzy okręgowych.

Fundusz zapomogowy. Pozostało 984 K. 71 hal· Przybyło honoraryum autorskie: dr. Skórski 3 K, 19 hal. — Nadesłał dr. Brzeziński 7·— Razem pozostaje **994 K. 90 hal.**

Do funduszu wdów i sierot przysłał dr. Markstein z Kamfonki strumiłowej 3·—, jako nieprzyjęte honoraryum od p. Schönthalera, c. k. nadrespicyenta w Husiatynie.

Wykaz prenumeratorów.

(Ciąg dalszy).

Dr. M. Berger (Brzesko) 6·—, dr. Gawełkiewicz 3·—, dr. Bader 6·—, dr. Dworzański 6·—, dr. Fruchtman 6·—, dr. Michalski 6.—, dr. Maurer 6·—, dr. Uranowicz 6·—, dr. Rosner (Lwów) 3·—, dr. Brzeziński 3·—, dr. Bukowski 9·—, dr. Juras 9·—, dr. Opolski (Stanisławów) 6· , dr. Thumen 3.—, dr. Głowacki 9·—, Wieselman 6·—, dr. Zopoth 6·—, dr. Łobaczewski 6·—, dr. Morawski 10·—, dr. Korman 6·—, dr. Fechter 9·—, dr. Muszkiet 6·—, dr. Kołaczkowski 3·—, dr. Prebendowski 6.—, doc. dr. Baurowicz 3·—, dr. Chrząszczewski 6·—, dr. Bober 3·—, dr Lic (Zabłotów) 3·—, dr Nycz 6·—, dr. Frank 6·—,

Lekarze zdrojowi.

Inseraty w tym dziale zgłaszać należy bezpośrednio pod adresem redakcyi.

OGŁOSZENIA

Z „Drukarni Udziałowej“ Lwów, ul. Lindego l. 8.

ODEZWA

TOWARZYSTWA SAMOPOMOCY LEKARZY do wszystkich kolegów.

Od wielu lat wytworzyła się w naszem społeczeństwie niewłaściwa moda płacenia honoraryów lekarskich w sposób, niepraktykowany w żadnym innym zawodzie, a nawet w innych krajach wobec lekarzy już dawno zaniechany. Z małymi bardzo wyjątkami pacyent, płacący za poradę, stara się wręczyć honoraryum niepostrzeżenie, zostawiając je ukradkiem, lub wsuwając nieznacznie w rękę przy pożegnaniu, jak gdyby uiszczenie go było czemś ubliżającem, lub rodzajem napiwku, a nie zapłatą, należącą się słusznie za pracę, zarobioną uczciwie.

Takie płacenie honoraryum w „sekrecie“ ubliża w wysokim stopniu powadze lekarza, a nadto daje nieraz niesumiennemu pacyentowi sposobność do wyzysku.

Wobec tego, na żądanie bardzo wielu lekarzy, Wydział Towarzystwa Samopomocy zwraca się do ogółu Kolegów z usilną prośbą, **aby pobieraniu w ten sposób honoraryów z całą stanowczością przeciwdziałali.**

Zalecając umieszczenie odezwy tej na widocznem miejscu w poczekalniach lekarzy, dołączamy w tym celu drugi egzemplarz na osobnej karcie.

Z Wydziału Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

Generalny sekretarz: *Dr. Langie.*

Prezes: *Dr. H. Jordan.*

Odpow. red. Dr. Szczepan Mikołajski. Drukarnia Udziałowa Kopernika 20.